

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

Année 1974

118
N°

T H È S E

pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par
LEYRIS Jacob, David,
né le 13 Octobre 1946, à Constantine (Algérie).

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RHINITES ALLERGIQUES NON POLLINIQUES :
A PROPOS DE 400 CAS.**

Président : Mr. P. PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974

UNIVERSITÉ DE PARIS
FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

Année 1974

N°

T H È S E

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

par

LEYRIS Jacob, David,
né le 13 Octobre 1946, à Constantine (Algérie).

Présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES RHINITES ALLERGIQUES NON POLLINIQUES :
A PROPOS DE 400 CAS.**

Président : Mr. P. PIALOUX, Professeur.

DUPUYTREN - COPY
9, Rue Dupuytren
PARIS (6°)

1974



UNIVERSITÉ PARIS VI

FACULTÉ DE MÉDECINE SAINT-ANTOINE

PROFESSEURS TITULAIRES

MM. ANDRE R.	Hématologie
BRICOUT F.	Bactério-Virologie
BRISAUD H.	Pédiatrie
BROCARD R.	Médecine
CATINAT J.	Cardiologie
CERBONNET G.	Chirurgie
CHALUT J.	Radiologie
CHERIGIE Ed.	Radiologie
CHIGOT P.L.	Chirurgie infantile
CONTAMIN Fr.	Neurologie
CONTE M.	Médecine
DAGUET L.	Bactériologie
DEBRAY J.	Médecine
DRY J.	Médecine
DUHAMEL G.	Hématologie
FLABEAU F.	Chirurgie
GERBEAUX J.	Thérapeutique
GIRARD F.	Physiologie
GOSSET J.	Chirurgie
GOLVAN Y.J.	Parasitologie
HUGELIN A.	Physiologie
LAPLANE R.	Pédiatrie
LE LORIER G.	Obstétrique
LOEPER J.	Médecine expérimentale - Immunologie
LOYGUE J.	Chirurgie
MAROIS M.	Histologie
MERGER R.	Obstétrique
MILHAUD G.	Biophysique
NICK J.	Neurologie
ORCEL L.	Anatomie pathologique
PERRAULT M.	Médecine
PICARD J.	Biochimie
POLONOVSKI Cl.	Pédiatrie
POLONOVSKI J.	Biochimie
RICHE G.	Néphrologie

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ARDAILLOU R.	Physiologie
CHAPUT A.	Stomatologie
GUIRAUDON G.	Anatomie
LASFARGUES G.	Pédiatrie
MALAFOSSE M.	Chirurgie
PIERON R.	Pneumo-phtisiologie
ROUX Ch.	Embryologie
WARGON H.	Médecine expérimentale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

MM. AKOUN G.	Médecine
ALBY J.M.	Psychiatrie
AMSTUTZ P.	Réanimation
APDIL A.	Orth. traum.
Mme ARON D.	Ophthalmologie
MM. ATTAL C.	Pédiatrie
BAUX S.	Chirurgie
BOURY G.	Chirurgie
CHEYMOL G.	Pharmacologie
CHOUARD Cl.	O.R.L.
CLOAREC M.	Médecine
Mme COMBRISSE A.	Hématologie
MM. DECROIX G.	Pneumo-phtisiologie
DELIGNE P.	Anesthésiologie
DOYON D.	Radiologie
FONTAINE J.L.	Pédiatrie
GAUTIER H.	Physiologie
GRUNER M.	Chirurgie infantile
GUILMET Cl.	Anesthésiologie
HERMAN D.	Médecine
HUGUET Cl.	Chirurgie
BARRITAU L.	Biophysique (ff)
BODIN F.	Médecine (ff)
BIGOT R.	Radiologie (ff)
HUGUIER M.	Chirurgie
KRULIK M.	Médecine générale
LAUGIER A.	Radiologie
LEVY V.G.	Médecine
MENSCH B.	Biophysique
MERY J. Ph.	Néphrologie

MM. MIGNON	Hématologie
NAJMAN	Neurologie
NICOLLE	Médecine
OPOLON	Médecine
PAQUELIN	O.R.L.
PISSARRO	Médecine préventive
RAMPINI	Biochimie
RICHARDET	Pédiatrie
ROLAND	Anatomie pathologique
SALAT	Obstétrique
SALMON	Hématologie
SANTARELLI	Obstétrique
WEINMANN	Biochimie
WITCHITZ	Cardiologie
THOMAS M.	Médecine (ff)
VERGEZ P.	Bactériologie (ff)

ENSEIGNANTS ASSOCIES

M.C.A.	M. ELIAKIS E.	Médecine légale
--------	---------------	-----------------

ENSEIGNANTS CONTRACTUELS

M.C.A.	M. KIRSCH F.	Physiologie biochimique
--------	--------------	-------------------------

DIRECTEURS D'ENSEIGNEMENT CLINIQUE

MM. ETIENNE	MM. BENSUADE	MM. ZENATTI
LEGRAND	DUPUIS	NATALI
BERTHET	MICHAUD	ROMEO
FASANO	CRIMAIL	LAMBERT
ROISIN	WEILL	CHASSERANT
VIALAS	FORTESA	Mme TAQUET

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

MM. BRUEZIERE	Chirurgie infantile
CRISTOL	Cardiologie
DUNET	Endocrinologie
LOFFREDO	Obstétrique

ATTACHÉS D'ENSEIGNEMENT

MM. CASASSUS	Cardiologie
COUVREUR	Thérapeutique
DES LAURIERS	Neurologie
GALLOUEDEC	Pneumologie
MIGNOT	Neurologie
SAUVAN	Cardiologie
VANNIER	Pneumologie
ABITBOL	
MARTEAU	
GAMERMANN	
JOANNIDES	
MAUGENEST	
POULET	
RACHINEL	
DUCAN	
LEWKOWICZ	
MEILLAUD	

A Monsieur le Professeur PIALOUX

qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence
de cette thèse.

Avec mes plus chaleureux remerciements

au Docteur Pierre ELBAZ,

qui m'a accueilli au sein
de son équipe avec huma-
nisme et générosité, qui
m'a enseigné avec rigueur,
exigence, bienveillance
et bonté.

Que le Docteur Benjamin GORELIK,

dont l'obligeance et la
sollicitude ont permis
la mise à jour de ces
travaux, trouve dans ces
lignes mes sentiments de
reconnaissance et de res-
pect.

C O N T R I B U T I O N A L ' E T U D E
D E S

R H I N I T E S A L L E R G I Q U E S N O N P O L L I N I Q U E S :

A P R O P O S D E 4 0 0 C A S .

LES RHINITES ALLERGIQUES NON POLLINIQUES

La fixité du milieu intérieur est la condition de la vie libre.

Claude BERNARD

Les conditions écologiques de plus en plus inhumaines, un air de plus en plus pollué, une alimentation de plus en plus manipulée, une vie sociale provoquant un psychisme de plus en plus tendu, ce sont, de nos jours, autant d'obstacles dressés sur la voie de l'homme à la recherche de son homéostasie.

Ce sont autant de conditions qui déterminent ou favorisent l'apparition des manifestations allergiques dont nous observons, actuellement, la grande fréquence.

L'Oto-rhino-laryngologiste est concerné par la multiplication des maladies allergiques, puisque le nez est le premier organe de choc à être exposé aux agressions pneumallergènes, puisque, surtout, la muqueuse pituitaire est une antenne du grand Système Sympathique, branché sur le ganglion spléno-palatin, qui capte, enregistre et ordonne le déroulement des réactions aux excitations qui l'atteignent directement et à celles qui se manifestent dans d'autres parties du corps ou dans l'environnement.

Et, à cette variété infinie d'agents excitants, la pituitaire, dans sa partie respiratoire, ne sait répondre que par une réaction monomorphe du type vaso-moteur dont la traduction clinique est bien connue :

- éternuements en salve,
- hydroporrhée.
- et obstruction nasale.

Un des éléments de cette triade peut prédominer selon le cas ; d'autres fois, l'infection peut s'immiscer et camoufler les symptômes jusqu'à en masquer la nature.

Puisque la muqueuse nasale, dans sa partie respiratoire, ne connaît qu'une réponse stéréotypée aux diverses excitations, de quelque nature que soit le corps offensant, tout ce qui sera dit de la clinique de la pollinose s'applique aussi à celle des rhinites allergiques non polliniques (R.A.N.P.).

Cependant, bien que la nosologie en allergologie supporte mal un cloisonnement trop rigide, bien que les différentes cases s'imbriquent les unes sur les autres, s'interpénètrent et se modifient mutuellement, les rhinites allergiques non polliniques présentent quelques caractères particuliers qu'il est bon de rappeler, car ils n'ont pas qu'un intérêt didactique.

Pour préparer ce travail, nous avons compulsé 442 dossiers concernant des malades souffrant de rhinites allergiques, suivis dans le service d'Oto-rhino-laryngologie de Monsieur Pierre ELBAZ, à la Fondation ophtalmologique A. de Rothschild de Paris.

La très grande majorité de ces malades ont

été testés dans le service du Professeur Agrégé Pierre GERVAIS, dans le même établissement hospitalier.

Les résultats des tests ont permis un classement de nos malades (Voir FIG. 1).

Ce tableau ne concerne que les malades suivis dans le service O.R.L. de la Fondation A. de Rothschild.

Il est probable qu'un service de Pédiatrie ou même d'Allergie générale présente un tableau différent.

Les tests ont été pratiqués dans le service du Professeur Agrégé P. GERVAIS.

Pour le classement de ces malades, on n'a tenu compte que des réactions ++++ ou +++.

S'il fallait inclure les réactions plus faibles, le tableau eût été plus complet, mais beaucoup plus touffu, pour présenter quelque intérêt pratique.

Notre série compte 24 malades, chez qui tous les tests se sont montrés négatifs. Nous les avons retenus quand même, parce que le contexte clinique, les antécédents personnels et héréditaires et même, chez quelques-uns, les réactions de laboratoire nous incitèrent à les considérer comme des malades souffrant de rhinites allergiques non polliniques.

Par contre, nous n'avons pas retenu les sensibilités aux trophallergènes. Lorsqu'un malade accusait un aliment d'être la cause des troubles du nez pour lesquels il nous consultait, ou bien

lorsque c'était l'interrogatoire qui décelait une allergie alimentaire, le patient était adressé au service d'Allergie générale. Un service d'Oto-rhino-laryngologie n'est pas habilité à pratiquer l'épreuve de Rinkel, à prescrire les régimes de Rome, etc.

Malgré ces lacunes, le tableau de la Figure I ne nous semble pas dénué de tout intérêt. Il montre assez clairement la plus grande fréquence de la polysensibilisation par rapport à la mono-sensibilisation. Cela explique les caprices de l'évolution des rhinites allergiques non polliniques, la difficulté de leur classement et celle de leur traitement sur lequel nous reviendrons plus loin.

HEREDITE

L'interrogatoire nous a montré que l'hérédité y joue un rôle important. Cependant, cela n'élimine pas la possibilité de la sensibilisation acquise, ce qui explique le nombre croissant des allergiques.

Déjà, en 1940, CLARKE et LEOPOLD (1) ont signalé le développement de la sensibilité à l'herbe Saint-Jacques, chez les immigrants aux Etats-Unis venant de l'Europe centrale où cette herbe n'existe pas.

Des constatations analogues furent faites par RATNER (2), chez les Japonais qui, après un séjour plus ou moins long en Californie, contractaient le rhume des foins, affection presque inconnue au Japon.

(1) CLARKE J.A. et LEOPOLD N.C. : J. of Allergy, 11 : 494, 1940.

(2) RATNER B.J. : J. of Allergy, 11 : 494, 1940.

Enfin, WEISS et ENGLISH ne reconnaissent aucun rôle à l'hérédité dans l'allergie. Pour eux, les crises allergiques éprouvées par les malades ne sont que des imitations de celles qu'ils observèrent dans leur première enfance chez des proches et dont le souvenir était conservé dans l'inconscient.

Par contre, COOK, entre autres, compte dans ses statistiques :

- 75 % d'enfants allergiques lorsque le père et la mère le sont ;
- 50 % d'enfants allergiques lorsqu'un des ascendants l'est ;
- 7 à 12 % d'enfants allergiques lorsque les ascendants ne le sont pas.

Nous avons pu interroger 18 couples allergiques :

- 60 % de leurs enfants le sont. Dans 104 cas, c'était le père ou la mère qui était allergique ;
- 33 % des enfants le sont. Et les enfants de mère allergique sont plus souvent atteints que ceux de père allergique.

Dans 200 cas, l'allergie fut retrouvée chez les collatéraux.

Dans plusieurs cas, la localisation nasale de l'allergie n'était pas celle de l'allergie parentale. Cela n'est pas pour nous étonner, car par "hérédité allergique" il faut entendre la transmission de l'irritabilité du système sympathique (KOLMER (3)) ou, mieux encore, comme dit BOURDIAL,

(3) KOLMER J.A. : J. Lab. et Clin. Méd. 13 :905, 1928.

l'héritage allergique est un héritage de terrain :
"Une substance ne devient allergisante que
si le terrain lui permet de le devenir".

AGE

On peut dire, grosso modo, que la population
des allergiques non polliniques est plus âgée que
celle de la pollinose.

Nous avons observé quelques malades dont l'a-
cuité de la rhinite s'est atténuée de façon sponta-
née.

Les R.A.N.P. durent bien plus longtemps.
L'allergie paraît précocement, lorsque les deux
générateurs sont allergiques.

Les âges de nos malades sont représentés par
des courbes gaussiennes (FIG. 2).

Comme on peut le voir, c'est entre 20 et 65
ans que la rhinite allergique non pollinique est
la plus fréquente.

Nos plus jeunes malades ont 11 ans.

Nos malades les plus âgés ont 72 et 73 ans.

Dans la pollinose pure, c'est entre 9 et 35
ans que la fréquence est la plus grande.

DEBUT DES MANIFESTATIONS CLINIQUES DE LA R.A.N.P.-

Plusieurs de nos malades n'ont pas pu préci-
ser le début de leurs troubles allergiques.

Cependant :

- 92 malades ont affirmé que leur allergie nasale coïncide avec leur installation dans la région parisienne ;

- 52 malades ont déclaré que le début fut marqué par une "grippe mal soignée" ou une "sinusite" ;

- 26 malades attribuèrent leurs troubles à une maladie infectieuse : coqueluche, rougeole ...;

- 6 commencèrent à souffrir après une intervention chirurgicale (appendicite, hystérectomie, goitre, ...) ;

- 3 après pénicillinothérapie ;

- 1 malade : T.S., 32 ans (mycose +++, poussières +++) , originaire d'Afrique du Nord, affirma que le début de son obstruction nasale et de ses éternuements coïncida avec celui d'une dysenterie. Cette relation semble avoir été confirmée par la disparition de ses éternuements et de l'hydrorrhée à la suite d'un traitement anti-ami-bien auquel le malade fut soumis à l'Hôpital Franco-musulman ;

- 1 autre malade enfin : D.M., 18 ans, commença à souffrir de l'allergie nasale en même temps que d'une détérioration de l'état général, perte d'appétit, nausées. Inefficacité de la désensibilisation. Son médecin de ville décela une helminthiase et l'état du nez fut grandement amélioré après que la malade eût expulsé son taenia.

C L I N I Q U E

On divise en général les rhinites allergiques en deux classes distinctes :

- Rhinites périodiques (pollinoses);
- Rhinites apériodiques (rhinites non polliniques, par exemple).

Cette division nous semble quelque peu fallacieuse. La polysensibilisation, qui est plus fréquente que la monosensibilisation, fait que la pollinose s'accompagne souvent d'une rhinite perannuelle. D'autre part, bien des malades sensibles à la poussière voient leurs troubles s'exacerber pendant les mois de la floraison.

C'est que MORO nous a appris la facilité avec laquelle la muqueuse nasale du type allergique se sensibilise à des antigènes différents de ceux auxquels elle réagissait spécifiquement (parallergie).

Ce n'est que pour la clarté de l'exposé que l'on distingue les rhinites périodiques et les rhinites perannuelles.

SIGNES FONCTIONNELS

La symptomatologie des R.A.N.P. ressemble à celle de la pollinose. Aussi nous n'y insisterons pas. Rappelons seulement que ce sont les sensa-

tions de picotement, de prurit nasal, suivies d'éternuements explosifs avec hydorrhée et obstruction nasale. Le prurit est un des symptômes importants de l'allergie. L'éternuement serait, d'après DERLACKI, pour la muqueuse nasale, une manière de se gratter.

Contrairement à ce qui se passe avec les crises d'asthme et à ce que nous ont appris les publications sur les cycles circadiens, c'est le matin, au réveil, au saut du lit, que, dans la grande majorité des cas, les crises nasales se déclenchent.

- L'hydorrhée :

Est en général assez abondante pour mouiller deux ou trois mouchoirs. D'autres fois, elle est minime et se prolonge sous forme de "goutte au nez".

Il s'agit d'une sécrétion séreuse, qui devient glaireuse si l'évolution se prolonge. Elle devient même purulente en cas de surinfection. HANSEL y trouve des éosinophiles. Les réponses de laboratoire à nos prélèvements mentionnent des cellules épithéliales sans atypie ; les éosinophiles sont moins fréquemment rencontrés. L'éosinophilie sanguine n'est ni très abondante ni très constante.

- L'obstruction nasale :

dans les R.A.N.P. se prolonge bien au-delà des crises et peut être le seul symptôme de l'hypersensibilité de la pituitaire, ce qui n'est pas le cas dans les pollinoses.

Bien des rhinites à bascule ont une origine allergique.

Les crises des R.A.N.P. ne s'accompagnent en général de fièvre, de courbatures et de la participation de la conjonctive oculaire, comme c'est le cas dans la pollinose. Par contre, une céphalée

frontale, en barre sus-orbitale peut se voir et être assez prononcée pour simuler une sinusite.

Le pharynx également peut s'irriter : râclements incessants avec toux sèche, agaçante, faisant souvent de ces malades des néophobes et des angoissés de la gorge.

SIGNES PHYSIQUES

Comme dans la pollinose, la muqueuse des cornets est de couleur gris perle. Les cornets sont tuméfiés, dépressibles, gardant le godet. Cet aspect, nous l'avons toujours observé même dans les cas où la désensibilisation était efficace.

Souvent, l'application d'un sympathicomimétique sur le cornet provoque, soit des picotements, soit des éternuements avec hyrorrhée. Ces réactions peuvent se produire immédiatement à l'application du sympathicomimétique ou bien après quelques minutes ou plus tard encore.

Au cours de la crise, la muqueuse nasale revêt le plus souvent un aspect congestif et les cornets sont baignés dans une sécrétion muqueuse abondante, riche en éosinophiles, selon les auteurs.

Comme nous l'avons dit, le prélèvement des sécrétions nasales, ainsi que les frottis de la muqueuse du cornet inférieur ne nous ont pas montré beaucoup d'éosinophiles. De même, le sang retiré par ponction du cornet inférieur s'est toujours montré pauvre en éosinophiles, en tout cas bien plus pauvre que l'échantillon obtenu au bout du doigt.

GRISTWOOD (4) a également constaté la rareté

(4) GRISTWOOD R.E. : J. Laryng. Otol., 78, 813, Déc. 1959.

des éosinophiles dans le cornet inférieur. Par contre, il a trouvé une grande accumulation de ces cellules au niveau de la tête du cornet moyen. Il explique cette richesse en éosinophiles en rappelant que l'air chargé d'antigènes est aspiré dès sa traversée du vestibule nasal, vers le haut de la fosse nasale, et se met en contact avec la tête du cornet moyen, alors que le cornet inférieur n'est presque pas touché.

C O M P L I C A T I O N S

C'est au cours de l'évolution pérenne des R.A.N.P. que se voient surtout les complications.

Les cils vibratils, gênés dans leur fonctionnement, charrient mal le tapis de mucus protecteur. La muqueuse nasale devient ainsi aisément vulnérable aux infections.

= SINUSITES MAXILLAIRES :

La participation des sinus de la face, et particulièrement des sinus maxillaires, est si fréquente que l'on peut la considérer comme faisant partie de la symptomatologie des rhinites allergiques en général et des R.A.N.P. en particulier. Tant et si bien que plusieurs oto-rhino-laryngologistes parlent de rhino-sinusites et non de rhinites allergiques.

La muqueuse sinusienne se défend mal contre les infections. Elle s'hypertrophie en diminuant l'aire de l'antre de Highmore. A la radiographie, on voit une hypertrophie en cadre de la muqueuse ou un comblement de la cuvette inférieure du sinus maxillaire ou bien encore un polype remplissant plus ou moins le sinus. Quelquefois enfin, c'est une image floue de l'antre.

Un niveau de liquide peut se voir. Mais par-

fois, qu'il y ait ou non une image liquidienne, la ponction retire une sérosité claire, avec des éosinophiles, stérile ou contenant quelques microbes (staphylocoques le plus souvent), surtout en période de surinfection.

= ETHMOÏDITES :

L'ethmoïdite oedémateuse est aussi très fréquente. C'est le plus souvent aux dépens des cellules ethmoïdales que se forment des polypes. L'atteinte ethmoïdale annonce de fréquentes surinfections, favorisées par les polypes qui gênent le drainage.

Les sinus frontaux et le sinus sphénoïdal sont plus rarement atteints.

= POLYPES :

La polypose nasale est largement traitée par Messieurs APPAIX, BESSON et RONDINI. Contentons-nous de rappeler brièvement que la muqueuse nasale, irritée de façon permanente par les allergènes dans les R.A.N.P., subit aisément la dégénérescence polypeuse.

Les polypes se rencontrent bien moins fréquemment dans la pollinose. G.M. GOATES cite la statistique de DUKE :

- 24 % des rhinites pérennuelles se compliquent de polypes, alors que, dans 6 % des rhinites saisonnières, on constate cette dégénérescence.

Sur nos 316 R.A.N.P. pures de toute immixtion pollinique, nous avons constaté 46 cas de polypose.

Ce sont la tête et le bord inférieur du cornet moyen qui se tuméfient. Mais le plus souvent, c'est du méat moyen qu'on voit les polypes faire saillie.

Masses ovoïdes, en battant de cloche, blanches ou grises, riches en éosinophiles et en gammaglobulines (trois fois plus que dans le sang, d'après TUFT), leur présence obstrue l'ostium du sinus maxillaire et les voies de drainage des cellules ethmoïdales, favorisant ainsi les surinfections. Par leur volume, ils obstruent la fosse nasale et nécessitent une polypectomie. Rarement aussi, une seule polypectomie dégage définitivement la fosse nasale. Les récidives sont de règle. Les polypectomies répétées peuvent disséminer les polypes dans toute la fosse nasale, probablement à cause des irritations locales répétées et des infections secondaires. Après plusieurs interventions et une surinfection aidant, les polypes changent d'aspect, prenant le type congestif, deviennent durs de consistance, saignant au contact d'un stylet et leur ablation donne lieu à des hémorragies. Tout cela rend le diagnostic difficile avec un fibrome ou une transformation maligne.

Cette dernière éventualité n'est pas exceptionnelle.

L'origine virale de la polypose nasale est avancée par certains auteurs. F.L. WEILLE (5) se base sur des arguments biologiques et dit avoir obtenu des résultats encourageants avec l'Interferon.

(5) WEILLE F.L.:- Rhinological methods for controlling nasal polyposis and vasomotor rhinitis. Med. Clin. North-America, 39 : 169, 1962.

= TROUBLES AURICULAIRES :

La participation de la trompe d'Eustache n'est pas rare et explique les catarrhes tubaires, les glue -ear et les otites moyennes à répétition. C'est surtout le cas des enfants soumis à l'adénoïdectomie pour essayer de mettre fin à des otites fréquentes et qui continuent quand même d'en souffrir.

= L'ANOSMIE :

Est surtout une complication de la polypose nasale. Elle est souvent réversible avec les corticoïdes ou les corticotropes.

= PHARYNGITES ET LARYNGITES :

L'écoulement des sécrétions catarrhales dans le cavum finit par irriter le pharynx.

Le malade se racle la gorge pour se soulager du prurit pharyngé et des glaires qui l'encombrent.

Une toux sèche, tenace, agaçante s'installe et inquiète le malade qui devient néophobe, un angoissé de la gorge.

= BRONCHITES ET ASTHME :

Peuvent compliquer une rhinite allergique. Au cours d'une crise d'asthme, on voit fréquemment la rhinite perdre son acuité. Mais alors que la thérapeutique arrive à bout de la crise d'asthme, la rhinite persiste.

FORMES CLINIQUES

Comme il a été dit plus haut, une des composantes de la triade symptomatique de la rhinite allergique peut prédominer et donner un aspect particulier au tableau clinique.

Rappelons seulement que l'obstruction nasale est certainement une forme clinique fréquente, la plus difficile à soulager médicalement et la plus difficile à distinguer de la rhinite vaso-motrice, comme nous allons le voir plus loin.

On sait, depuis HEETDERKS (6), qu'il y a une rhinite à bascule, physiologique. Pendant que les cornets d'une fosse nasale se mettent en turgescence, les cornets de l'autre fosse nasale se rétractent. Chaque cycle dure un temps qui varie de 10 minutes à 4 heures. Dans les R.A.N.P., le tissu érectile des cornets semble frappé de paralysie et ne peut plus jouer son rôle dans cette alternance de volumes et oblige le malade à user fréquemment des sympathicomimétiques.

Une autre forme clinique fréquemment rencontrée est dominée par la quantité de la sécrétion nasale.

(6) HEETKERS O.R. : Observations of normal nasal mucous membrane.- An. J. M. Sc. 174 : 231, 1927.

Comme il a été dit plus haut, l'hydronrhée peut être abondante, avec peu d'éternuements et presque sans obstruction nasale. D'autres fois, c'est "la goutte au nez", fréquente chez les allergiques du troisième âge, surtout après les repas. D'autres fois encore, et chez les enfants surtout, ce sont des reniflements incessants, énervant les parents qui mettent à tort les végétations en cause.

Les autres formes cliniques sont dominées par les diverses manifestations de la surinfection.

DIAGNOSTIC

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic clinique des allergies nasales est habituellement très aisé. La triade symptomatique, l'anamnèse, les tests, la rhinoscopie et la radiographie des sinus suffisent à reconnaître les allergies. Ce n'est que dans les cas aberrants que l'on a recours aux épreuves de laboratoire : tests de provocation avec étude des sécrétions (recherche d'éosinophiles, dosage IGE spécifiques et globaux).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Ce diagnostic est également facile dans la plupart des cas. Il se pose fréquemment avec :

1°- Le rhume banal ("common cold") :

- origine virale. Notion de contagiosité.
- sécrétions séreuses devenant rapidement mucopurulentes.
- Guérison en 4 à 10 jours.

2°- Les manifestations angiospastiques de la muqueuse nasale au froid et à l'humidité, que O. GODIN, CLOETENS, après M. BOUCHET (7), ont réunies

(7) Congrès international d'O.R.L., Amsterdam, 1953.

sous le nom de pathergie (8), où la réaction antigène - anticorps n'entretrait pas en jeu et où, par conséquent, les épreuves de laboratoire devraient être négatives.

3°- Les rhinites médicamenteuses, rapidement identifiées par l'interrogatoire.

4°- Les sinusites et ethmoïdites infectieuses qui surviennent fréquemment au cours des surinfections et masquent l'allergie. Leurs fréquentes répétitions doivent éveiller les soupçons d'un terrain allergique.

Bien plus difficile à distinguer est la R.A.N.P. de la rhinite vaso-motrice. C'est d'autant plus difficile que les allergies nasales sont des rhinites vaso-motrices.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Il revêt une importance toute particulière. La thérapeutique en dépend, puisque les allergologistes proposent une action spécifique contre l'agent responsable. Ici aussi, l'anamnèse, l'historique, l'"envirologie" (C. GODIN) sont d'un grand secours.

TUFT et ses collaborateurs (9) ont recours aux tests muqueux : oculaires et pituitaires.

- Les tests oculaires : Par instillations de concentrations progressivement croissantes d'antigènes dans l'oeil, d'un maniement difficile, pou-

(8) Pour les Anglo-saxons, le mot "pathergy" a un sens bien plus général.

vant donner lieu à des réactions violentes et même dangereuses pour l'oeil. Ces tests ne sont pas pratiqués dans le service de Monsieur Pierre GERVAIS.

- Les tests pituitaires : consistent à appliquer sur la muqueuse turbinale des solutions d'antigènes de concentrations croissantes.

Ce test manque de spécificité. La muqueuse nasale du type allergique est en état d'éréthisme et supporte mal non seulement l'allergène, mais aussi tout autre contact.

Ainsi, par exemple, très souvent, en appliquant chez un allergique un tampon imbibé d'adrénaline sur les cornets, on provoque :

- soit des sensations de picotement, de prurit,
- soit prurit et hyrorrhée,
- soit prurit, hyrorrhée et éternuements.

Ces réactions peuvent se produire, soit immédiatement à l'application de l'adrénaline, soit quelques minutes ou quelques heures plus tard.

- Seuls les tests cutanés sont d'un usage courant. Ils sont pratiqués facilement et ne sont pas entachés de subjectivité. Toutefois, ces tests ne donnent qu'une image statique et temporelle de la sensibilité du sujet. L'on sait que la muqueuse allergique se sensibilise aisément à des agents auxquels elle était insensible. "Les allergies atopiques sont de véritables machines à sensibilisation" (HELLERSTROM). Aussi n'accorde-t-on aux tests cutanés qu'une valeur indicative, mais non absolue.

(9) L. TUFT, G. TORSNEY, L.N. ETTelson, Muriel von HECK : J. of Allergy, vol. 335, N° Sept.-Octobre 1962.

Cependant, les tests, interprétés à la lumière de l'interrogatoire et du contexte clinique, ont une signification reconnue. En cas de doute, un traitement d'épreuve est indiqué.

Parmi les allergènes le plus souvent constatés chez nos malades, citons, par ordre de fréquence :

- 1- Pneumallergène (poussières, plumes),
- 2- Moisissure + pneumallergène,
- 3- Poussière de maison,
- 4- Pollen,
- 5- Mycose,
- 6- Microbes.

Le tableau clinique est toujours à peu près le même. Il est classique de fixer le début des crises d'allergie à la poussière des maisons au début de l'hiver, où l'on se calefautre et que l'on commence à se chauffer. Parmi nos 44 malades sensibles uniquement à la poussière, il n'a pas été constaté une périodicité aussi tranchée ; a fortiori, chez les 168 malades à sensibilités associées. Mais tous se sentirent très soulagés par un séjour au bord de la mer.

= L'allergie microbienne :

30 de nos malades n'ont répondu qu'à des tests microbiens :

- 14 tests positifs au streptocoque A,
- 10 tests positifs au CCB,
- 6 tests positifs à Divasta.

On peut se demander quelle est la signification des résultats de ces tests ? Identifient-ils le microbe allergisant ou témoignent-ils d'un passage microbien ? "Cicatrice biologique" (PAUTRIZEL).

D'autre part, rappelons que les tests peuvent être négatifs aux protéines microbiennes, mais positifs à leurs toxines.

Ce qui est indubitable, c'est l'effet allergisant d'un foyer infectieux. Ce dernier, en créant une méiopragie dans un organe, y localise le conflit antigène - anticorps. C'est ce que le Professeur HALPERN a suggéré il y a environ 20 ans. Cette notion est importante ; car si la désensibilisation microbienne nous a donné, dans les rhinites allergiques, des résultats décevants, le traitement du foyer infectieux a eu de plus heureux effets.

= L'allergie d'origine parasitaire :

Cinq de nos enfants opérés de végétations continuaient à avoir un nez enchiâtré avec éternuements fréquents. Une forte éosinophilie nous fit soupçonner une parasitose. Les médecins de trois de ces enfants nous firent savoir qu'il s'agissait d'oxyurose dont le traitement améliore beaucoup l'état nasal.

Nous avons cité plus haut le cas d'une de nos malades qui guérit après expulsion d'un taenia.

T H É R A P E U T I Q U E

En l'état actuel de nos connaissances, nous sommes incapables de guérir stricto sensu une rhinite allergique. Nous sommes encore dans l'impossibilité de transformer l'individualité biologique de nos malades et modifier leurs engrammes génétiques. Tout ce à quoi nous pouvons prétendre, c'est d'obtenir une tolérance aussi large que possible aux agressions antigéniques dont le nombre et la diversité s'accroissent avec la dégradation des conditions écologiques de notre temps.

Pour obtenir ce *modus vivendi*, plusieurs thérapeutiques sont proposées :

I- TRAITEMENT MEDICAL

Qu'il soit local ou général, le traitement médical n'est le plus souvent que palliatif.

A- Localement, il ne peut procurer qu'un soulagement passager à l'obstruction nasale.

1- Ce sont les sympathicomimétiques, les naphthazolines, les amines aromatiques ou aliphatiques.

Ils produisent une vaso-constriction de la muqueuse nasale et même de la circulation cérébrale (lorsqu'il s'agit de noradrénaline ou de la

néosynéphrine). Ces produits ne soulagent le malade de l'obstruction nasale, toujours très pénible, que pendant une ou quelques heures. Aussi, le patient est-il tenté d'user de ces drogues d'une façon abusive. Ainsi se crée une dépendance dont il est toujours difficile de libérer le malade. De plus, la muqueuse, soumise continuellement aux vasoconstricteurs, finit par devenir insensible à toute médication anti-allergique.

O. GODIN (Bruxelles) obtient, dans ces cas, des résultats spectaculaires en infiltrant de la novocaïne dans les artères temporales. L'équipe de Mr. GERVAIS arrive à soigner ses malades en les hospitalisant dans les pièces hypo-allergiques dont elle dispose, où la température est maintenue à 22° C, où l'air est purifié à 80 % avec une hygrométrie à 50 %.

2- Injections de corticoïdes intraturbinales, qui ne nous ont donné aucun résultat.

3- Injections sclérosantes des cornets inférieurs :

Des injections de chlorhydrate de quinine et d'urée ont été faites à huit malades ; trois ont été revus sans résultat. Le tissu caverneux a été bien collabé et la ponction était blanche chez tous les trois.

4- Les vaporisations de cromoglycate de sodium :

Dans un seul cas, cette médication a fait rétrocéder une polypose nasale.

Ce cas reste unique. Les insufflations intra-buccales n'ont eu aucune incidence sur les R.A.N.P.. Les vaporisations nasales se sont montrées surtout efficaces dans la pollinose et très peu dans les R.A.N.P..

B- Par voie générale, le traitement médical donne des répités plus appréciables.

1- Les antihistaminiques constituent aussi une thérapeutique symptomatique : chlorphénexamine, maléate de bromphéniramine, maléate de dexochlorphéniramine, etc.

Seuls ou associés aux corticoïdes, ils sont d'excellents palliatifs. Ils sont prescrits de façon empirique ; leur action thérapeutique respective varie d'un sujet à l'autre sans qu'on puisse en donner la raison. Toutefois, leur usage est très souvent limité, car il s'accompagne de somnolence.

2- Les corticoïdes ou les corticotropes sont en général plus convaincants.

Certains polliniques n'hésitent pas à en user pour passer le cap dangereux de la période de floraison, échappant ainsi à l'astreignante désensibilisation. D'autres ne trouvent un soulagement à leurs troubles qu'en ayant recours à cette médication et deviennent rapidement cortico-dépendants, avec tous les retentissements glandulaires et somatiques que l'on sait.

3- Les antibiotiques ne sont prescrits qu'au cours des surinfections et presque toujours sous couvert d'un corticoïde qui favorise leur action.

4- La vaccinothérapie est parfois utilisée à titre préventif.

Elle ne doit pas être forcément spécifique (HANSEN). Elle stimulerait les surrénales (Reiztherapie) (10) et agirait par l'intermédiaire des enzymes et des gammaglobulines.

(10) ORIEC ISRAEL : The rôle of bacterial bronchial infections in bronchial asthma.- Second European Congress of Allergology, Copenhagen, 1953.

5- Les gammaglobulines : une ou quelques injections de ces produits ont pu permettre à nos malades de passer plusieurs mois, voire une année sans troubles allergiques.

6- La cure climatique a donné le plus souvent des répit^s appréciables. Les bords de mer et la montagne soulagent surtout les allergiques à la poussière de maison. Mais cette action bénéfique ne s'est pas prolongée longtemps après le séjour dans les stations.

7- La désensibilisation reste encore le traitement de base.

Elle satisfait aux lois immunologiques. (Il serait plus juste de parler d'hyposensibilisation que de désensibilisation) (11). Les résultats les plus satisfaisants se voient surtout dans la pollinose.

Sur 356 cas de R.A.N.P., la désensibilisation nous a donné les résultats suivants :

- 31 cas très améliorés avec de très rares et très faibles rechutes n'incommodant pas les malades ;

(11) La pratique de désensibilisation ne fait qu'augmenter le seuil de résistance, mais ne donne pas l'immunité à l'allergène. Néanmoins, nous adopterons le terme "désensibilisation" qui est généralement utilisé.

(11b) Dans les cas de désensibilisation :

- à la poussière : 12 % de très bons résultats,
22 % d'améliorations ;
- à la poussière et aux plumes :
10 % de très bons résultats,
29 % d'améliorations ;
- à la *Candida albicans* :
28 % de très bons résultats,
38 % d'améliorations ;

.....

- 94 cas peuvent être considérés comme améliorés : crises espacées, mais d'intensité très peu marquée. Seule, quelquefois, une obstruction nasale à bascule persiste ;
- 231 cas ne se sont pour ainsi dire pas améliorés.

Des malades venus consulter dans le service pour des raisons étrangères à l'allergie furent spontanément très soulagés de leur rhinite :

- 7 avaient quitté la région parisienne ;
- 2 changèrent d'habitation ;
- 1 changea de métier ;
- 6 (de 35 à 42 ans) ont fait une véritable "self cure", passant fort probablement par les stades d'hyperergie, mésergie, hypoergie et anergie.

En résumé, la désensibilisation nous a permis d'avoir de bons résultats dans 26 % des cas (11 b). Bien d'autres statistiques ne sont pas meilleures. On peut se demander, devant la pauvreté des résultats obtenus, si la désensibilisation que nous dictent pourtant nos connaissances immunologiques, est bien le seul et unique traitement à appliquer dans les R.A.N.P. (Les rhinites polliniques, étant donné leur évolution périodique, ne posent pas le problème avec la même acuité).

C'est que le conflit antigène - anticorps a lieu dans un organe d'une grande sensibilité et qui répond non seulement à l'allergène, mais aussi aux sollicitations neuro-hormonales très liées à la

-
- allergie microbienne : aucun résultat sur l'allergie nasale au pollen de graminées et/ou plumes : 6 % de très bons résultats, et/ou poussières : 11 % d'améliorations.

Le chiffre ne comprend pas les cas chez qui l'éviction de l'allergène (poils d'animaux, parfums, farine, etc...) a pu faire disparaître les troubles.

réaction allergique.

C- Participation endocrinologique aux
R.A.N.P. :

= Les surrénales :

L'étude des cycles circadiens, sur laquelle Messieurs GEPVAIS, REINBERG et leurs collaborateurs ont insisté à plusieurs reprises, a démontré le rôle des surrénales dans l'allergie.

Cela ne doit pas nous étonner, car la surrénale est la première intéressée dans le stress et est l'organe fondamental de l'adaptation.

DAUGHERTY, CHANCES et WHITE augmentent, après une injection d'hormones corticales, la production d'anticorps.

La médullaire est aussi intéressée, l'action de l'adrénaline étant connue depuis longtemps.

= L'hypophyse :

Par l'intermédiaire de l'hormone corticotrope, l'hypophyse joue un rôle identique à celui de la corticale.

= La thyroïde :

Est également intéressée. On sait que les animaux de laboratoire, après thyroïdectomie, présentent des réactions immunologiques altérées.

PROETZ cite HERSHERG N. et BRONSTEIN L., qui n'ont pas observé de réponse à la vaccination antityphique chez des hypothyroïdiens avec crétinisme. Les agglutinines apparurent dès que les hormones leur furent administrées.

PROETZ (12) lui-même a remarqué que, dans l'hypothyroïdie, la muqueuse nasale prend souvent l'aspect d'une muqueuse allergique et le métabolisme basal est abaissé.

HOLLENDER (13) abonde dans le même sens. Il conseille de rechercher toujours un hypothyroïdisme latent. Cette précaution lui a permis d'obtenir des succès thérapeutiques dans les R.A.N.P. avec des extraits thyroïdiens.

L. CHAUVEAU (14) a pu guérir une hydrorrhée nasale avec des extraits thyroïdiens. Mais ici les détails manquent et il est difficile de rattacher cette hydrorrhée à l'allergie nasale.

Un de nos malades, J... Ca., 64 ans (tests +++ à la candidine), nous a frappé par la bouffissure de ses paupières et une légère raréfaction de ses queues de sourcils. Son médecin le dirigea vers H. KLOTZ, à Beaujon. Il semble qu'après avoir équilibré sa fonction thyroïdienne, le malade ait cessé de souffrir de crises de rhinites allergiques.

= Glandes génitales :

De très nombreux travaux ont été publiés sur les rapports naso-génitaux.

En ce qui concerne l'allergie, la castration des animaux de laboratoire les protège contre le choc anaphylactique, alors que l'injection d'extraits testiculaires les rend sensibles à ce choc.

(12) PROETZ A.W.- The thyroid and nose.- Ann. Rhin. Laryng. 36 : 829, Sept. 1927.

(13) HOLLENDER A.R.- Thyroid dysfunction in relation to rhinology diseases Eye, Ear - Throat Monthly, 30 : 477, Sept. 1951.

(14) CHAUVEAU L. - Concours Médical, 1er Août 1946.

Quant aux ovaires, leur action dans l'allergie est variable. On voit les allergies nasales s'exacerber avant les règles.

On en voit qui guérissent au cours de la grossesse, d'autres qui persistent jusqu'à la délivrance. On voit enfin des allergies nasales débiter ou finir à la ménopause.

D- A côté du système endocrinien ou conjointement avec lui, le système nerveux constitue un autre facteur non immunologique intéressant l'allergie.

Il y a déjà plus de 77 ans que BESREDKA essaya en vain, à l'Institut Pasteur, de provoquer un choc anaphylactique à des cobayes anesthésiés. Carlo RE confirma, en 1936, la thèse de BESREDKA.

Dans la littérature, on trouve mentionnés des accidents immunologiques au cours de l'anesthésie. Mais ils sont assez rares.

L.M. QUILL (15), au cours d'une laparotomie chez un blessé par balle, fit injecter du sérum antitétanique à l'opéré, qui aussitôt fut emporté par un choc anaphylactique. Tout étonné de cet accident, il envoya une circulaire aux hôpitaux pour se renseigner sur la fréquence de tels accidents.

Le John's Hopkins Hospital n'a signalé aucun cas d'anaphylaxie chez des malades sous anesthésie. Le Massachusetts General Hospital n'a signalé qu'un seul cas.

COOPER (16) a montré que la destruction du diencéphale empêche les tests positifs de se manifester et la papule de se former. D'autre part,

(15) QUILL L.M. - J.A.M.A., 754-756, Sept. 1937.

(16) COOPER I.S. - Neurologic evaluation of cutaneous histaminic reaction. - J. Cl. Invest. 29 : 465-468, 1950.

BROOKS et KOIZINI (17), en excitant la substance réticulée, déclenchent la formation des substances H et augmentent la papule urticarienne.

Plus récemment, un groupe de chercheurs, travaillant sous la direction de Monsieur André SOULAIRAC, à l'I.N.S.E.R.M., ont démontré, par des expériences ingénieuses, que le système nerveux central joue un rôle dans l'acquisition de l'immunité.

E- Mais c'est le déséquilibre vago-sympathique, et plus précisément la vagotonie, qui définit le terrain allergique.

Le tableau histologique de la pituitaire au cours de la réaction allergique est identique à celui d'une réaction vaso-motrice non allergique. WILLIAMS H.L. (18) va même jusqu'à définir l'allergie comme une prédisposition héréditaire à un dysfonctionnement du système sympathique induit par des fibres cholinergiques. Il ne mentionne pas le conflit antigène - anticorps.

Si l'on veut bien considérer la réaction allergique comme faisant partie du tableau général d'adaptation, donc du système de défense, on doit reconnaître que le grand sympathique est antérieur, phylogénétiquement, à la fonction productrice d'anticorps. Le conflit antigène - anticorps ne ferait que se surajouter au déséquilibre vago-sympathique, mais n'en serait pas le promoteur.

Tant et si bien que l'on peut se demander si une réaction allergique est susceptible de se produire sur un terrain idéal, en constant équilibre vago-sympathique.

(17) BROOKS C.M.C. et KOIZINI K. - J. Neurol., vol. 19, 61-74, 1956.

(18) WILLIAMS H.L. - Annals otol. rhin. laryng. 66: 122, 1951.

KUNTZA (19) cautionne l'opinion de la primauté de la perte d'équilibre vago-sympathique dans l'allergie, dont elle explique les réactions histologiques et les troubles fonctionnels. Au point de vue pratique, ceux de nos malades, suivis en désensibilisation, qui recevaient en même temps une médication régulatrice du vago-sympathique, présentaient un seuil de résistance à l'allergène supérieur à celui des autres de nos allergiques.

Récemment, la chirurgie vint nous apporter une aide précieuse pour le rétablissement de l'équilibre vago-sympathique local.

II- LA CHIRURGIE DANS L'ALLERGIE NASALE

Il fut un temps où les allergologues considéraient le terrain allergique tabou à toutes les interventions chirurgicales. Depuis, cette opinion s'est grandement nuancée.

Il est vrai que, grâce à la propagation des connaissances en allergie, de nombreuses opérations sont actuellement abandonnées.

C'est ainsi qu'autrefois on attribuait à l'infection toute hypertrophie de la muqueuse des sinus maxillaires appelée sinusite hypertrophique et des opérations radicales étaient conseillées pour supprimer le foyer séptique.

On sait aujourd'hui que cette hypertrophie fait partie du processus allergique naso-sinusal et elle est traitée en conséquence. Actuellement, on n'opère qu'en cas de surinfection résistante à l'antibiothérapie générale et locale, c'est-à-dire assez rarement.

(19) KUNTZA - Anatomic nervous system.- Lea Febiger, 1945.

C'est aussi le cas des enfants soumis à des curetages répétés du cavum, alors que l'obstacle à la respiration est dû à une allergie nasale.

Par contre, le traitement médical est impuissant à venir à bout de tous les troubles qu'occasionne l'allergie nasale, et cela justifie les diverses interventions.

A- Interventions en vue de rétablir la perméabilité des fosses nasales

1- Cornetomie :

Elle est abandonnée par la plupart des O.R.L.. Les croûtes nasales et les troubles pharyngés qui suivent le délabrement de l'architecture de la fosse nasale sont parfois plus pénibles que l'obstruction nasale.

Cette dernière n'est d'ailleurs pas soulagée par suite de l'hypertrophie des autres cornets.

La cornetomie sous-muqueuse, qui se pratiquait aux Etats-Unis, ne résout pas le problème vaso-moteur des cornets, et les opérés que j'ai eu l'occasion de voir n'ont pas été soulagés.

2- Cautérisations chimiques ou électriques ou cryothérapie :

Elles peuvent donner lieu à des sédations souvent de longue durée. Nous ne les pratiquons que lorsque nous y sommes forcé, parce qu'elles appauvrissent (surtout après cautérisations électriques) la circulation turbinale. Le tissu caverneux étant collabé, la ponction n'en retire que quelques gouttes de sang et souvent reste blanche.

Enfin, à part les synéchies turbino-septales, qui peuvent suivre les cautérisations (surtout élec-

triques) et qui sont heureusement plus rares depuis qu'on se sert de l'électrode de Bourdial, on constate en cas d'échec que la muqueuse nasale devient insensible ou répond mal à toute médication.

Pour CANNAVO et GALLETTI, par contre, la cauterisation est un bon moyen thérapeutique ; elle sclérose le tissu caverneux et les terminaisons nerveuses d'où part le réflexe sternutatoire (20).

B- Interventions

en vue d'éliminer un foyer infectieux.

La suppression d'un foyer infectieux est un impératif admis par tous.

L'action à distance d'un foyer infectieux a été diversement interprétée.

Pour les uns, les bactéries du foyer infectieux charriées par la circulation se localisent sur un organe.

ROSENOW a retrouvé dans les localisations secondaires les mêmes bactéries que dans le foyer primaire.

D'autres pensent que ce sont les toxines microbiennes qui atteignent les organes sensibles.

Pour d'autres encore, il s'agit d'une sensibilisation de certains organes aux toxines du foyer infectieux.

Le foyer infectieux peut être primitif, c'est-à-dire exister avant l'allergisation de la pituitaire. Le plus souvent, il se crée au cours d'une surinfection.

Les localisations les plus fréquentes du foyer

(20) C. CANNAVO et C. GALLETTI : O.R.L. Italiana, vol. XXXI, fasc. 1, 1962.

infectieux se font au niveau des sinus maxillaires et des cellules ethmoïdales.

1- Sinusites maxillaires :

L'opération de CALDWELL-LUC n'est actuellement plus que très rarement pratiquée dans ces cas.

Le plus souvent, une sonde intra-sinusienne est mise en place pour permettre des irrigations avec un antibiotique spécifique qui, associé à une antibiothérapie générale, finit par tarir l'infection.

2- Ethmoïdites :

Les cellules ethmoïdales sont toujours atteintes en cas de surinfection. Si l'antibiothérapie ne suffit pas, on est obligé de lui associer la chirurgie.

La voie nasale n'est pas recommandable. Elle nécessite l'ablation de la tête et d'une partie du corps du cornet moyen, ce qui détruit une vaste zone de cils vibratils et donne lieu à la formation de croûtes gênant la respiration.

On modifie aussi la conformation interne des fosses nasales, altérant la direction normale des courants inspiratoires et expiratoires et perturbant la physiologie nasale.

C'est le plus souvent une ethmoïdectomie transmaxillaire qui est pratiquée : opération de DE LIMA. Elle permet de cureter la muqueuse malade et les polypes du sinus maxillaire, d'éviter l'ethmoïde et d'établir un bon drainage du sinus frontal.

La radiographie systématique des sinus de la face chez tout allergique, et tout particulièrement chez les allergiques des voies respiratoires, décèle très souvent une ethmoïdite subclinique qui expli-

que la fréquence des surinfections.

Dans notre service, 30 ethmoïdo-sinusites furent opérées avec 21 très bons résultats. Les 9 premiers malades furent opérés par voie nasale avec un mauvais résultat fonctionnel. La destruction de la pituitaire entraîne l'accumulation des troubles, fort gênante, nécessitant une toilette périodique prolongée de la fosse nasale. 21 malades ultérieurs furent opérés par voie sinusienne avec un très bon résultat local et général.

3- Les sinus frontaux et sphénoïdaux :

sont atteints plus rarement. Leur traitement est chirurgical si l'antibiothérapie se montre inefficace.

4- La polypose nasale :

est aussi une indication à l'intervention chirurgicale.

Cependant, lorsque les polypes sont petits et ne gênent pas la respiration, on n'intervient pas. On se contente de la désensibilisation associée ou non aux anti-allergiques et aux antibiotiques en cas de surinfection. On les voit souvent se stabiliser ou même, dans certains cas, se résorber.

Il n'en est pas de même des polypes qui ont une grande extension et qui obstruent la ou les fosses nasales. Dans ce cas, la polypectomie s'impose. Nous préférons la pratiquer sous courte anesthésie générale à la pince, plutôt qu'à l'anse froide, en "cueillant" le polype pour en désinsérer le pied plutôt qu'en sectionnant le pédicule dans le méat moyen. Cependant, bien que les récidives soient plus espacées, elles nécessitent malgré tout des polypectomies réitérées.

Lorsque la polypose récidive et que la radiographie montre une participation des sinus, une pansinusite, une opération du type LIMA nous a donné parfois de très bons résultats. Mais, chaque fois qu'on intervient sur les ethmoïdes, on modifie la structure interne de la fosse nasale, ce qui n'est pas sans préjudice pour le pharynx, le larynx et les bronches.

Aussi, contre ces polyposes nasales désespérément récidivantes, une nouvelle chirurgie est proposée, depuis 1962, par GOLDING WOOD, qui n'est pas mutilante pour la muqueuse de la fosse nasale et qui a pour but d'agir sur la pathogénie des rhinites vaso-motrices, donc des rhinites allergiques.

Qu'il nous soit permis de rappeler que la muqueuse nasale, à part sa sensibilité spéciale, qui est transmise par les ramifications des branches provenant du bulbe olfactif et la sensibilité qu'elle doit à un fin rameau du nerf ophtalmique qui court dans la région antérieure et supérieure de la fosse nasale, est dans la plus grande partie de sa surface sous la dépendance du ganglion sphéno-palatin, autrefois appelé ganglion de MECKE.

C'est le plus gros ganglion périphérique du système parasymphatique. Il est situé profondément dans la fosse ptérygoïdienne, en avant du canal vidien. Il reçoit le nerf vidien qui est formé par un rameau grêle venant du sympathique péricarotidien, nerf pétéux profond, et d'un rameau plus gros, le grand nerf pétéux superficiel, provenant du ganglion géniculé du VII et qui amène au ganglion sphéno-palatin un fort contingent de fibres parasymphatiques.

En interrompant les connexions du nerf vidien avec le ganglion sphéno-palatin, le pneumogastrique perd sa prépondérance dans la région innervée et l'équilibre vago-symphatique se rétablit. Les troubles vaso-moteurs de la pituitaire guérissent et les polypes disparaissent.

Dès 1922, SLUDER⁽²¹⁾ attira l'attention sur le ganglion sphéno-palatin. Il provoquait des crises d'asthme en appliquant du nitrate d'argent sur la région de ce ganglion. D'autre part, il arrêta les crises en alcoolisant cette région.

C'est le travail de GOLDING WOOD⁽²²⁾ qui inspira l'équipe de l'Hôpital Foch ; Messieurs BOUCHE et FRECHE ont, les premiers sur le continent européen, pratiqué cette opération. Leur statistique porte actuellement sur 150 cas, dont 130 de polyposé dans des rhinites allergiques. Monsieur FRECHE a bien codifié l'intervention et en a fixé les repères pour chaque temps opératoire.

Les résultats sont très satisfaisants : 85 % de succès :

- disparition définitive des polypes,
- retour de l'odorat en cas d'anosmie.

Très bons résultats aussi dans les rhinites médicamenteuses.

Il n'est pas douteux que cette opération se généralisera bientôt.

La chirurgie peut aussi venir en aide au rétablissement d'un bon fonctionnement de la respiration nasale et atténuer les troubles causés par le déséquilibre vaso-moteur de la pituitaire.

PROETZ avait l'habitude de dire à ses élèves qu'on ne respire pas à travers, mais avec le nez.

(21) SLUDER L. : Transaction of Am. Laryng. Association, 1922.

(22) GOLDING WOOD P.H. : Pathology Surgery of chronic vaso-motor rhinites.- J. Laryng. Otol. 76 : 969, 1962.

On sait que la muqueuse nasale est un thermostat et un hydrostat très puissants. A chaque respiration, elle réchauffe 500 cc d'air à 36° ou 37° en une fraction de seconde, quelle que soit la température à l'entrée du vestibule. En même temps, cet air est humidifié et rendu propice à l'hématose.

Pour remplir son rôle physiologique, la muqueuse nasale a besoin de ses cils vibratils et de son système circulatoire, mais aussi d'une structure qui n'obstrue pas le trajet suivi par l'air aspiré et expiré.

Or, ce trajet principal n'est pas rectiligne, antéro-postérieur. Il décrit une parabole qui, partant du vestibule, remonte vers l'étage supérieur de la fosse nasale en passant par la tête du cornet moyen et le corps de ce cornet pour redescendre et butter contre le sphénoïde avant de s'engager dans la filière pharyngo-laryngée. L'air expiré suit à peu près le même trajet dans le sens contraire.

Tout obstacle (la déviation obstruante de la cloison nasale, notamment) qui dévie ce trajet complique la fonction de la pituitaire dont il entretient la congestion et majore les troubles dus à l'allergie.

PROETZ a bien montré que la poussière, en traversant un tube droit à lumière uniforme, se dépose peu sur les parois et est expulsée presque en totalité par l'orifice de sortie. Une coudure ou un rétrécissement le long du tube fait déposer une grande partie de cette poussière en aval.

Dans une fosse nasale avec une importante déviation de la cloison, les allergènes inspirés restent plus longtemps au contact de la pituitaire en aval du passage rétréci et prolongent la crise allergique (FIG. 3).

Ici aussi, l'acte chirurgical peut venir en aide en rétablissant une bonne filière nasale. Il

peut même influencer l'allergie des voies respiratoires supérieures.

La reposition de la cloison, qui se fait actuellement, peut très bien redonner à la fosse nasale une aération normale. Mais c'est une opération très difficile.

Nous avons vu dix malades opérés en ville ou dans d'autres services, avec des résultats heureux pour leur allergie nasale. Pour notre compte, nous ne pouvons citer que 17 cas à qui nous avons donné une bonne conformation de la fosse nasale avec une très heureuse influence sur leur rhinite allergique non pollinique.

Comme toujours, l'acte chirurgical ne doit être décidé que sur des indications judicieusement établies et après que soient prises les mesures de prudence dictées par l'état du malade, celui de son nez et celui de son allergie.

Monsieur le Professeur Agrégé Cl. PERRIN (Nahcy) résume le problème lorsqu'il nous écrit :

"Je pense... que les gestes O.R.L. visant à juguler une infection ou à améliorer la perméabilité de la filière nasale ou autres sont sans incidence sur l'évolution de l'état allergique respiratoire. Il faut toutefois y mettre la condition que l'intervention se déroule en accord avec l'allergologue, au besoin sous un traitement prescrit par lui, et insister également sur le choix du moment.

"En effet, quand on sait quelle peut être l'influence désastreuse des stress quels qu'ils soient sur de tels patients, on conçoit que les conditions et la date de l'intervention doivent répondre à un choix soigneux.

"Dans ces conditions, je pense même que si les conditions sont judicieusement posées, elles ont une efficacité certaine et indubitable sur l'état allergique".

Le conflit antigène - anticorps et la dystonie neuro-végétative ne bornent pas les limites des problèmes de l'allergie en général et de l'allergie respiratoire en particulier. Il y a toute une dimension psychologique à explorer, à réajuster, et qui teinte le tableau clinique et sous-tend l'hypersensibilité pathologique.

La crise allergique s'accompagne d'une libération d'histamine et des substances histamine-like, mais aussi d'un choc émotionnel aussi petit soit-il. Il est fort probable qu'après quelques répétitions de ces crises allergiques, la muqueuse nasale arrive à être mise en condition et réagit à tout choc émotionnel sans l'intervention de l'antigène.

Ainsi que Messieurs PIALOUX et NEVEU l'ont si bien décrit :

"La muqueuse pituitaire contient un système vasculaire si développé qu'il constitue une formation érectile par endroit. Ce système vasculaire, riche en fibres contractiles et possédant des shunts artério-veineux, est très sensible aux actions vasomotrices d'origine nerveuse ou humorale. C'est dire qu'un réflexe neuro-végétatif, un déséquilibre même infime, est susceptible de réagir sur les fosses nasales et de réaliser un coryza spasmodique tout à fait typique sans aucune participation allergique".

L'observation prolongée des rhinites allergiques non polliniques nous incline à aborder le problème des allergies nasales dans une perspective pavlovienne. Tous les troubles psycho-somatiques se somatisent grâce au système nerveux autonome et se répercutent sur la pituitaire avec une extraordinaire fidélité et régularité. L'équipe de l'Hôpital Cornell University Medical College (T.H. HOLMES, H. GOODELL, S. WOLFF et H.G. WOLFF) (23) a même quantifié les variations de la couleur, de la turgescence et de la sécrétion de la pituitaire

sous l'influence de diverses situations stressantes.

Les allergiques déploient aux événements existentiels un vaste éventail émotif où dominent l'angoisse, l'inquiétude et la peur de l'abandon, comme disent les psychanalystes (24).

Parmi nos malades, un grand contingent est fourni par les transplantés dont l'allergie nasale s'atténue au fur et à mesure que des conditions rassurantes se réalisent.

D'autre part, sur 384 malades adultes, nous comptons 48 ouvriers dont le gros travail n'exige pas un investissement affectif. Les autres 334 malades sont des employés de bureau, des ingénieurs, des techniciens, des instituteurs, etc., qui s'inquiètent et se préoccupent de leur statut professionnel.

Derrière le symptôme somatique, il y a tout un état conflictuel qui influe sur les résultats thérapeutiques.

Si l'allergologue devine un état affectif trop perturbé ou la possibilité d'une symbolisation du nez, force lui est de passer la main à un spécialiste.

Mais, dans la plupart des cas, le contact hebdomadaire avec l'allergologue, qui est plus sécurisant que celui d'une infirmière à qui l'on confie la désensibilisation, crée entre médecin et malade un climat de confiance très propice à une thérapeutique bienfaisante.

(23) HOLMEST H., GOODELL H., WOLF H.D., WOLF S.-
The nose (Charles C. Thomas, N.Y., 1950).

(24) Nous avons cité quelques cas démonstratifs parmi nos malades.- Méd. Psycho-somatique, Tome VII, N° 3, 265-274, 1965.

CONCLUSIONS

Nous avons procédé à la révision de 442 dossiers de malades atteints de rhinite allergique, suivis dans le service de Monsieur Pierre ELBAZ, à la Fondation A. de Rothschild.

Sur les 442 malades, 40 étaient des polliniques purs. Les 402 autres étaient des polysensibilisés. Chez ces derniers, les allergènes le plus fréquemment retrouvés étaient : la plume, la moisissure, la poussière de maison. L'écart entre les deux chiffres s'explique aisément. En effet, contrairement à ce qui se passe dans la pollinose, les allergènes (poussière de maison, etc.) agissent en permanence la muqueuse nasale sans aucun répit entraînant l'entrave à la fonction ciliaire et aux autres moyens de défense de la pituitaire qui devient très vulnérable. Ceci explique la fréquence dans les R.A.N.P. des surinfections, ainsi que la constitution de foyers septiques avec leur retentissement sur l'état général et dans la sphère O.R.L..

L'atteinte des sinus maxillaires est constante à un degré plus ou moins prononcé.

Les ethmoïdites sont aussi fréquentes et sont les principales causes des poussées de surinfection et de polypose.

Les complications troublent aussi souvent un tableau clinique bien précis et caractérisé par la triade bien connue : éternuements en salve, hydropneumonie, obstruction nasale.

L'évolution chronique est émaillée de surinfections. Nous avons observé des cas ayant perdu de leur acuité avec le temps. Ailleurs, cette rhinite a perdu sa spécificité allergique pour se prolonger sous la forme d'un éréthisme nasal ou d'une rhinite vaso-motrice hypertrophique.

Les formes cliniques dépendent de la prédominance d'un des éléments de la triade symptomatique ou des complications infectieuses.

Le diagnostic clinique est en général aisé. Ce n'est que dans les formes bâtarde ou compliquées que les épreuves de laboratoire seront utiles.

Le diagnostic étiologique est également aisé, grâce à l'anamnèse et les tests à la recherche des IGE spécifiques, au RAST, etc...

La médication locale n'a procuré que des soulagements passagers à nos malades, avec le risque éventuel de dépendance vis-à-vis de cette thérapeutique et dont il est difficile de les libérer.

Les manœuvres intra-nasales, cautérisations chimiques ou électriques ne nous ont permis d'obtenir que des répit passagers chez quelques-uns de nos malades, mais avec la transformation de la pituitaire en une muqueuse peu sensible à toute thérapeutique.

La médication par voie générale (antihistaminiques, corticoïdes, gammaglobulines, ...) ne nous a permis d'obtenir que des sédations plus ou moins prolongées.

Les cures climatiques et thermales ont eu, chez plusieurs de nos malades, une action remarquable, mais qui ne s'est pas prolongée longtemps après leur séjour dans les stations.

La désensibilisation spécifique, qui satisfait aux lois immunologiques, ne nous a pas donné

pleine satisfaction.

En tenant compte des malades chez qui l'éviction de l'allergène n'était pas possible, sur 356 cas nous avons obtenu les résultats suivants :

- 31 cas furent très améliorés après une désensibilisation de 6 mois à 3 ans ;
- 94 cas furent un peu améliorés (crises moins fréquentes, moins violentes) ;
- 231 cas n'ont pas répondu au traitement.

Ces résultats décevants nous suggèrent la possibilité de la participation des facteurs non immunologiques dans le syndrome des R.A.N.P., dont les principaux sont :

1°- les glandes endocrines ;

2°- le système vago-sympathique, dont l'importance dans les rhinites allergiques et dans la formation de polypes a été démontrée par les observations de GOLDING WOOD en Angleterre et par MM. BOUCHE et FRECHE en France, après section du nerf vidien.

Cette intervention n'est pas la seule contribution qu'un O.R.L. peut apporter à plusieurs rhinites allergiques.

1°- Supprimer un foyer septique :

30 malades furent opérés d'ethmoïdo-sinusite avec 21 très bons résultats.

Les neuf premiers malades ont été opérés par voie nasale, avec large destruction de la muqueuse et de l'architecture de la fosse nasale.

Ils furent des cas moins favorables.

Les 21 malades ultérieurs furent opérés par voie sinusienne avec respect de la muqueuse nasale et de sa conformation.

2°- Lutte contre l'obstruction nasale dans :

- la polypose,

- la déviation obstruante de la cloison nasale. Nous comptons 17 malades opérés avec une bonne correction. Tous ont bénéficié à tous points de vue de cette intervention.

Le conflit antigène - anticorps, le système sympathique et les surinfections ne cernent pas les limites de la R.A.N.P.. Il y a aussi toute une dimension psychologique à explorer et à réajuster, car elle teinte le tableau clinique et entretient l'éréthisme de la pituitaire et influe sur le traitement.

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur
de l'Académie de Paris,

R. MALLET

Le Doyen de la Faculté
de Médecine Saint-Antoine,

Pr. DEBRAY

Le Président de thèse,

/ P. PIALOUX

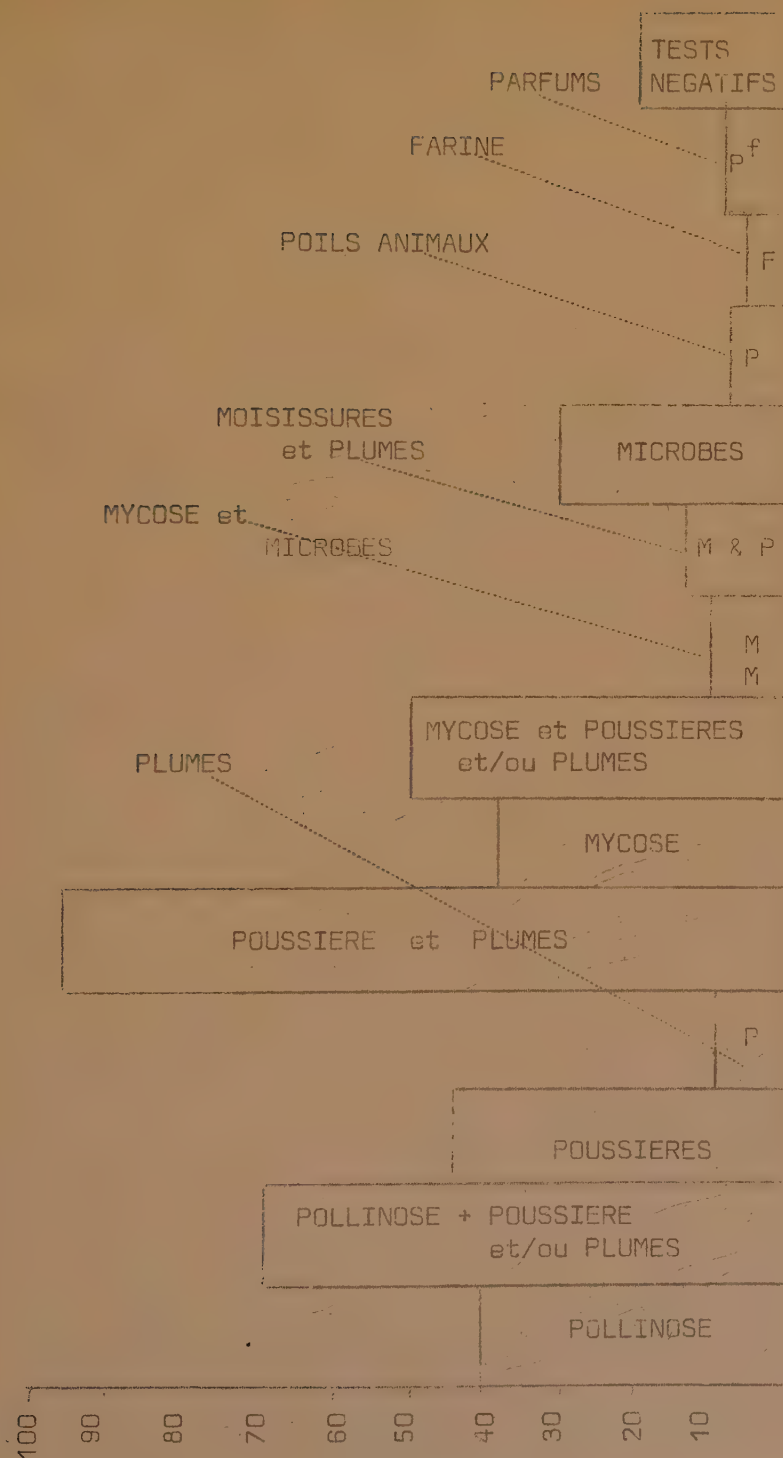


FIGURE 1

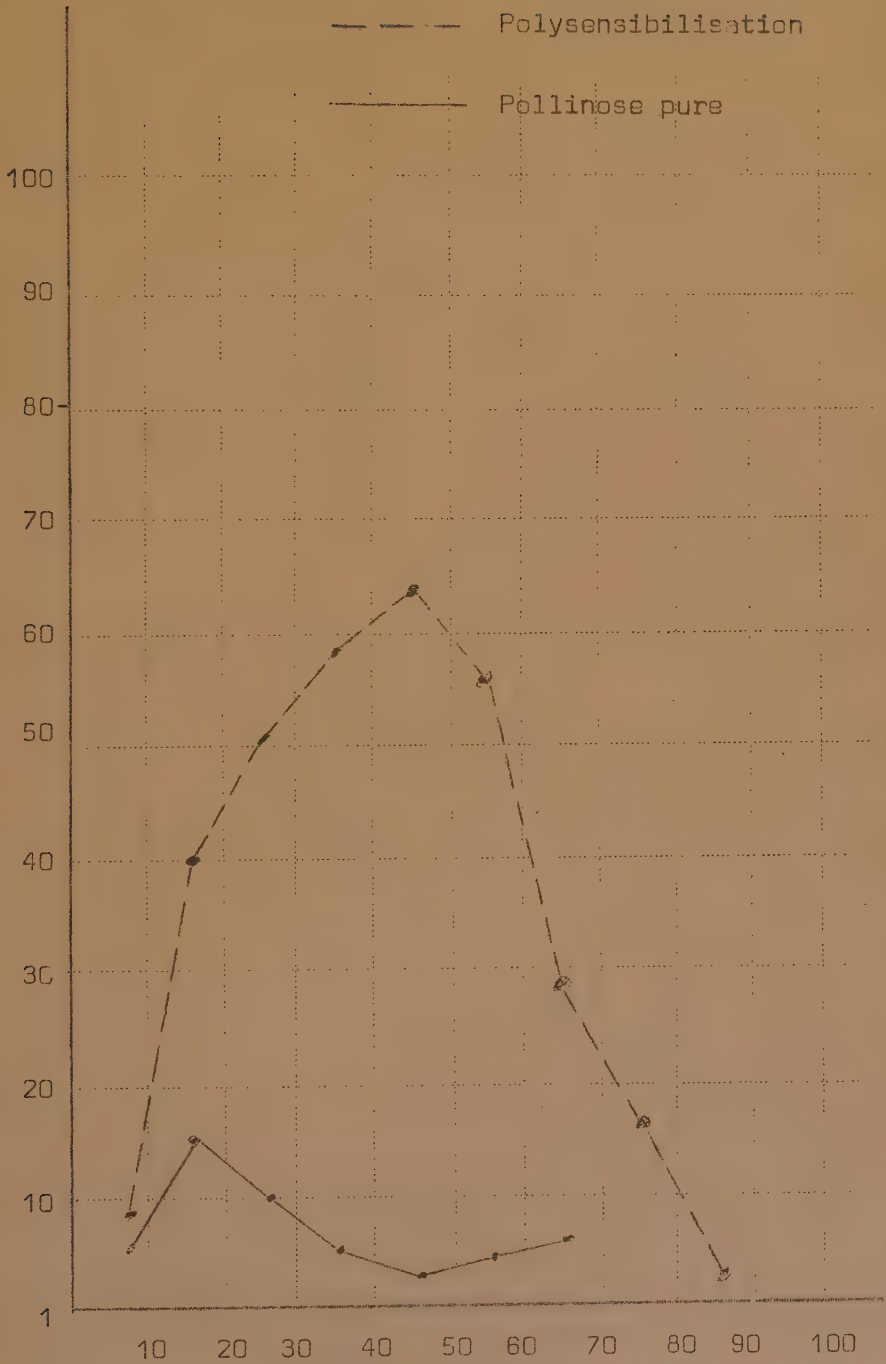


FIGURE 2



A



B



C

^t
St.-Louis
U.S.A.

FIGURE 3

D'après PROETZ, "Applied Physiology of the Nose"

Annals Publishing Co.

TABLE DES MATIERES

Page

- INTRODUCTION ET PRESENTATION.	9
- ROLE DE L'HEREDITE.	12
- DEBUT DES MANIFESTATIONS CLINIQUES DES R.A....	14
- CLINIQUE	17
. Signes fonctionnels :.....	17
- Hydrorrhée	
- Obstruction nasale	
. Signes physiques	19
- COMPLICATIONS :	21
. Sinusites maxillaires	
. Ethmoïdites	
. Polypes	
. Troubles auriculaires	
. Anosmie	
. Pharyngites et laryngites	
. Bronchites et asthme	
- FORMES CLINIQUES	25
- DIAGNOSTIC :	27
. Diagnostic positif	27

- . Diagnostic différentiel..... 27
- . Diagnostic étiologique : 28
 - Les tests : oculaires, 28
 pituitaires,
 cutanés.
 - Allergie microbienne 30
 - Allergie parasitaire 31
- THERAPEUTIQUE : 33
 - . Traitement médical : 33
 - Traitement local
 - Traitement par voie générale
 - Participation endocrinologique aux RANP
 - Participation vago-sympathique aux RANP
 - . Chirurgie dans l'allergie nasale : 42
 - Interventions permettant de rétablir la perméabilité des fosses nasales
 - Interventions en vue d'éliminer un foyer infectieux limité
- PARTICIPATION PSYCHOLOGIQUE AUX R.A.N.P.
- CONCLUSIONS 53
- TABLEAUX 57

